

詳 細
1. 開会挨拶
お蔭様でこのサービスを利用される方が増えてきている。 本日は会議の目的に沿って地域の方のために有意義な会議にしていきたいと思う。今後もご指導お願いしたい。
2. 保険者挨拶
初めてこの会に参加させていただいた。 今後もこのサービスで在宅生活を安心して暮らせるように区としても支援していきたい。
3. 参加者紹介
※別紙(定期・随時連携推進会議構成員名簿)参照
4. サービス提供状況報告&事例紹介
① かんだ連雀いつでもサポートサービス
ON様、77歳、要介護2、女性、独居(24年11月より介護サービス利用)
○生活・身体状況:低ナトリウム症、低栄養、認知症、貧血があり、内服管理が難しかった。 金銭管理は日常生活支援事業を利用。入浴がディサービスで入浴。 期限切れの食材をためてしまう。また戸棚にしまいこんでしまうような状況だった。 ○課題:定期的な内服や通院が出来てない。また生活パターンの把握が出来ていなかった。食材管理出来ていない。 サービス利用料の負担感を感じていることからサービス利用拒否があった。 ○定期巡回サービス導入後の介護目標と内容 介護目標:生活リズム食生活の確認、本人に合わせて援助の提供 介護内容:1日2回(訪問、電話) 朝→訪問し安否確認、食材管理、食事摂取状況確認、服薬、薬の塗布、食事の促し タ→安否確認 ○結果:①定期的な服薬を行いディサービス利用時に血圧を測定その結果をケアマから医師に報告。 薬の調整が出来るようになった為、血圧の安定が見られる。 ②食生活や外出範囲を把握することが出来た。 ③一緒にディの帰りに買物することで信頼関係が構築されてきている。 ④電話が頻繁にかかっていたが、現在は安定している。 ○考察:柔軟な支援から信頼関係をさらに深めることが出来た。また定期的な訪問により、 生活状況を把握することが出来、近隣住民とのトラブルを防ぐ役割も担うことが出来た。 認知症進行は考えられるが状態把握も出来るので有効である。 ○民生委員:10年前からお付き合いあり。神田とお祭りが大好きで、最近お会いしたら以前と違っていた。 外で見かけることも少なくなった。 ○担当ケアマネジャー:毎日安定して食事を取ることができてきた。また室内の環境整備もヘルパーと一緒に 行うことが出来てきた。またヘルパーさんの定期的な訪問により、生活状況や身体状況の情報連携が 取れてその事によって医師へより密接に情報の連携が出来るようになった。

② グッドライフ24
○I様、87歳、要介護1、女性、独居
○診断名:アルツハイマー型認知症・骨粗鬆症・変形性脊椎症・高血圧症
○介入目的:腰椎圧迫骨折の後遺症と骨粗鬆症による背中の痛みがあり、日中はコルセットをしながら出来る家事を行い、外出も一人でできている。高血圧症があり心配なことがあると体調不良になったり、アルツハイマー型認知症があるため室温調整や服薬など確認が必要な状況となっている。
○訪問介護サービス内容:1日3回訪問 → 9/4~1日4回
安否確認・服薬確認・状態観察・水分補給促し・摂取内容確認・室温管理・重たいものの買い物代行 ゴミの分別、処分、室内環境整備・冷蔵庫内整理・通所利用の準備
○結果・考察:
1. 1日3回訪問することで内服薬は確実に内服できている。それにより血圧の安定はもちろん精神的安定も図られたと思われる。バイタルサインに大きな変動はないが、9月2日に血圧低値と腹痛があり救急搬送され点滴後帰宅している。診断は膀胱炎疑いで内服薬処方されている。年齢的にも状態変化は起きやすいため今後も状態観察が必要で、1日3回の安否確認も含めた訪問が有効であると言える。
2. エアコンを設置してから環境は良くなっているが、常時つけていると寒いようでエアコンを切ってしまう。また音が気になり不安でコールしてくるなどの状態があった。その都度オペレーターが話を聞き、問題ないことやヘルパーの訪問時間を説明することで徐々に回数が減っていき現在はコールが来ることは無い。何かあっても誰かが来てくれる、または連絡して話す場所があるなどから不安が軽減できたと考える。寒さについては布団をかけたり、リモコンを届かない場所に置くなどしているが電源を抜いてしまったりしている。夜間、訪問しない時間が長いと室温が上がってしまうので0時の訪問を追加したが今後改善策の検討が必要である。
水分摂取については、年齢的にも目標の1000mlは難しいが、訪問時促すことで脱水などの傾向は無く経過している。少量づつでも回数摂取することができ1日複数回の訪問の効果であると思う。
3. 逆に訪問回数が多いことで、利用者が依存的になる弊害も考えられる。しかし、ケアの内容を各ヘルパーがきちんと把握し、出来るところはやっていただく自立の視点でケアしていくことでご本人の生活への満足感や充実感が損なわれずに生活できている。また、デイサービスという言葉を使うと拒否があるため、お歌の会のお手伝いと言いかえ促している。ご本人の口からも「お手伝いに行っている」と発言があり、自分の役割として認識していることで生活への満足感や自分の存在感を感じられる良い機会となっていると考える。
○まとめ:認知症があり独居となると生活が確立できない＝全てを支援となりがちである。定期巡回・随時対応型訪問介護看護は複数回のサービスであるため、認知症の方の生活リズムを整えたり、忘れてしまうことで実行できない水分補給や食事の摂取、内服管理などには大変効果的である。また、短時間のサービスのため一度にたくさんのサービスはできない。そのため、出来るところまでやってしまうような過剰なサービスとなりにくい。今回の利用者はその利点が活かされて、認知症でありながら自宅で充実感のある在宅生活がおくれていると考える。そして、ケアマネジャーのケアプランの上にこのサービスがあるため、このプランに位置付けたケアマネジャーの力量が大きいと言える。
○往診医:今まで水分摂取に課題があり、脱水の心配があった。宅環境が整っていない(エアコンが無い)ので今年の夏を在宅で乗り切れるか心配していた。エアコンの設置や定期巡回に変更することによってヘルパーの訪問回数が増えて、脱水症状で緊急搬送されても軽症で当日中に帰宅できた。

この状況で出来るだけ在宅生活の継続を支えていきたい。

○ケアマネジャー:もともと要支援で高齢者あんしんセンター麹町のケアマネジャーが担当をされてい

この事例は単純に訪問介護の回数増では解決出来ないケースだが、訪問診療、高齢者あんしんセンター、
高齢者住宅協力員デイサービス職員、社会福祉協議会、福祉事務所が「チーム」となって
関わり連携を取っていくことで、住み慣れた千代田区での生活を不安なく続けて頂けるものと思っているので、
今後も皆様のご協力をお願いしたい。

5. 意見交換

○ 民生委員

・このサービスにかかるコストの比較(具体的な金額など)を提示した方が良いのではないかと？

○ かんだ連雀より

・SS利用の際の算定について

・長時間の通院支援の対応について

6. 閉会挨拶

・このサービスの今後も引き続きを広めていきたい。そのためにも地域の皆さんのお力をお借りし、また事業所と
しても、サービスの質の向上に努めていきたい。